



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD E
IDEAS SUICIDAS EN RECLUSOS, AZOGUES 2016.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

AUTORES:

MONICA VIVIANA MOROCHO JEREZ CI: 0106034986.

HENRY DAVID JARA CHUCHUCA CI: 0105927826.

DIRECTORA:

MGS. DOLORES AMPARITO RODRÍGUEZ SÁNCHEZ CI: 0103001855.

CUENCA – ECUADOR

2017



RESUMEN

ANTECEDENTES: La ansiedad, depresión e ideas suicidas tienen un gran impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Entre 1990 y 2013, a nivel mundial el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones y más de 800.000 personas se suicidan cada año.

OBJETIVO GENERAL: Determinar los factores de riesgo que influyen en la depresión, ansiedad e ideas suicidas en reclusos, Azogues 2016.

METODOLOGIA: La presente es una investigación de tipo descriptivo de corte transversal, cuantitativo. El universo fue de 70 personas privadas de su libertad. Para recolectar la información se aplicó una entrevista, se empleó el test de Hamilton para ansiedad y depresión, el Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos (SRQ) para ideas suicidas y el Formulario de Identificación de Factores de Riesgo. Los datos se tabularon en una base digital y se analizaron mediante el programa SPSS versión 19.

RESULTADOS: De los 70 internos el 41.4% presenta ansiedad grave, 34.28% depresión moderada, 57.58% con ideas suicidas, de los cuales los factores que prevalecen son a nivel individual la soledad con 81.4%, a nivel familiar la violencia con 70% y a nivel social abuso y uso del alcohol con 81.4%.

CONCLUSIONES: Los factores de riesgo como la violencia, soledad y alcoholismo prevalecen en los internos de 21 a 35 años, de estado civil solteros y sin parejas estables, que pertenecen a familias nucleares.

Palabras claves: TRASTORNOS DEL ANIMO, ANSIEDAD, DEPRESION, IDEAS SUICIDAS, PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD.



ABSTRACT

BACKGROUND: Anxiety, depression and suicidal ideas have a great impact on the lives of individuals, the family and society as a whole. Between 1990 and 2013, worldwide, the number of people with depression or anxiety has increased by nearly 50%, from 416 million to 615 million and more than 800,000 people commit suicide every year. Being even more serious among people deprived of their freedom.

OBJECTIVE: Determine the risk factors that influence depression, anxiety and suicidal ideas in inmates, Azogues 2016

METHODOLOGY: The present is a descriptive cross-sectional, quantitative investigation. The universe was 70 people deprived of their freedom. To collect the information an interview was applied, the Hamilton test for anxiety and depression was used, the Symptoms Questionnaire for Adolescents, Youth and Adults (SRQ) for suicidal ideas and the Risk Factor Identification Form. The data was tabulated on a digital basis and analyzed using the SPSS program, version 19.

RESULTS: Of the 70 inmates 41.4% have severe anxiety, 34.28% moderate depression, 57.58% with suicidal ideas, of which the prevailing factors are at the individual level the solitude with 81.4%, at the family level the violence with 70% and at the social level abuse and use of alcohol with 81.4%.

CONCLUSIONS: According to the data obtained in the investigation, we have come to the conclusion that the risk factors such as violence, loneliness and alcoholism prevail among inmates between 21 and 35 years of age, single marital status and without stable partners, who belong to families the same ones that influence inmates to present mood disorders such as anxiety, depression and suicidal ideas.

KEYWORDS: DISORDERS OF THE MOOD, ANXIETY, DEPRESSION, SUICIDE IDEAS, PERSONS PRIVATE OF THEIR FREEDOM.



INDICE	
RESUMEN.....	2
ABTRACT	3
CAPÍTULO I.....	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	14
CAPÍTULO II.....	15
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	15
CAPÍTULO III.....	26
3. OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GENERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
CAPÍTULO IV.....	27
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	27
4.1 TIPO DE ESTUDIO	27
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	27
4.3 POBLACIÓN/UNIVERSO	27
4.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	27
4.5 PROCEDIMIENTOS.....	28
4.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	28
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	28
CAPÍTULO V.....	30
5. RESULTADOS	30
5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO	30
5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	30
CAPÍTULO VI	50
6. DISCUSIÓN	50
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFIA	59
7.1 CONCLUSIONES.....	59
7.2 RECOMENDACIONES.....	60
7.3 BIBLIOGRAFIA	61
ANEXOS	65
ANEXO N°. 1 FORMULARIO SOCIODEMOGRÁFICO	65



ANEXO N°. 2 TEST DE DEPRESION DE HAMILTON	67
ANEXO N°. 3 TEST DE ANSIEDAD.....	69
ANEXO N°. 4 CUESTIONARIO DE SINTOMAS PARA ADOLESCENTE, JOVENES Y ADULTOS (SRQ).	70
ANEXO N°. 5 TEST DE HAMILTON	71
ANEXO N°. 6 TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON.....	72
ANEXO N°. 7 CUESTIONARIO DE SINTOMAS PARA ADOLESCENTE, JOVENES Y ADULTOS (SRQ).	73
ANEXO N.º 8 FORMULARIO DE IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO.	74
ANEXO N°. 9 CONSETIMIENTO INFORMADO PARA LOS INTERNOS....	76
ANEXO N°.10 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	78



Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Yo, Mónica Viviana Morocho Jerez en calidad de autora titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD E IDEAS SUICIDAS EN RECLUSOS, AZOGUES 2016”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGANICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 114 de la Ley Orgánica de Educación Superior

Cuenca, 06 de Diciembre de 2017.

Mónica Viviana Morocho Jerez

C.I: 0106034986



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, Mónica Viviana Morocho Jerez, autora del proyecto de investigación titulado “FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD E IDEAS SUICIDAS EN RECLUSOS, AZOGUES 2016”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 06 de Diciembre de 2017.

Mónica Viviana Morocho Jerez

C.I: 0106034986



Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Yo, Henry David Jara Chuchuca, en calidad de autora titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD E IDEAS SUICIDAS EN RECLUSOS, AZOGUES 2016”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGANICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 114 de la Ley Orgánica de Educación Superior

Cuenca, 06 de Diciembre de 2017.

Henry David Jara Chuchuca

C.I: 0105927826



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, Henry David Jara Chuchuca, autor del proyecto de investigación titulado “FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD E IDEAS SUICIDAS EN RECLUSOS, AZOGUES 2016”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 06 de Diciembre de 2017.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Henry David Jara Chuchuca".

Henry David Jara Chuchuca

C.I: 0105927826



AGRADECIMIENTOS

Es correcto empezar agradeciendo a Dios por la oportunidad que nos ha dado de estudiar en esta institución, agradecemos a aquellas docentes que nos han enseñado en el transcurso de la carrera como a nuestra asesora de tesis, Mgst Amparito Rodríguez, que ha estado ahí para corregir nuestras falencias y brindarnos su apoyo, y por supuesto hacer un merecido agradecimiento a los internos del centro de privación de libertad de la ciudad de Azogues que han sido objeto de nuestro estudio por su buena voluntad de ayudarnos con las encuestas aunque para ellos significaba un poco desviar su tiempo, además de nuestras familias que entienden el sacrificio hecho por nosotros y siempre nos han apoyado.

Mónica Viviana Morocho Jerez CI: 0106034986

Henry David Jara Chuchuca CI: 0105927826



DEDICATORIA

Dedico este triunfo a toda mi familia que me ha apoyado siempre, a mis padres, hermanas y hermano que han sabido entender el esfuerzo que he realizado durante toda mi vida académica, tantas malas noches y tantas horas dedicadas al estudio, es por ello por lo que este trabajo y todos mis logros son dedicados a mi familia que ha sido mi pilar fundamental en toda mi vida.

Mónica Viviana Morocho Jerez

Agradecer a mis padres está por demás, pues tendría que empezar agradeciendo desde el momento en que nací; pero si dedico esta tesis a todos ellos, sólo ellos me brindaron el apoyo que necesitaba. Esta dedicación va por ustedes familia ya que soy lo que soy por ustedes gracias infinitas.

Henry David Jara Chuchuca



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo dar a conocer los factores de riesgo que influyen en la depresión, ansiedad e ideas suicidas en las personas privadas de su libertad, la misma se desarrolló en el Centro de Privación de la Libertad de la Ciudad de Azogues a un total de 70 internos.

Esta investigación está dividida en seis capítulos:

- En el capítulo I se presenta la Introducción, el planteamiento del problema y la justificación.
- En el capítulo II Se abordan los aspectos teóricos como antecedentes, definiciones, datos de la Organización Mundial de la Salud y Políticas Penitenciarias.
- En el capítulo III se encuentran los objetivos, tanto el general como los específicos.
- En el capítulo IV y V se aborda el diseño metodológico y se ofrecen los resultados de la investigación.
- Finalmente se presentan en el capítulo VI las conclusiones, recomendaciones y la bibliografía.

Definiremos a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de enfrentarse con los estresantes normales de la vida, pueden trabajar de una manera productiva y fructífera y hacer contribuciones en sus comunidades”. (1)

Frecuentemente las personas experimentan un amplio cambio de ánimo y expresiones afectivas frente a diversas situaciones. Cuando pierden la sensación de control, experimentan un malestar general originando un trastorno del ánimo que puede ser normal, elevado o deprimido. (2)

La depresión, ansiedad e ideas suicidas tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Las causas para que se altere el ánimo en una persona incluye una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos, ambientales y sociales. (3)



La OMS nos informa que hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con características distintas. Entre los trastornos de ánimo más frecuentes desarrollados por la sociedad en general se incluyen la depresión, la ansiedad y los pensamientos suicidas. (4)

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El creciente incremento de los trastornos mentales en la población que afecta a las personas privadas de su libertad nos invita a establecer de forma inmediata temas de investigación que nos permitan conocer la verdadera intensidad de la problemática en nuestro medio. De acuerdo con la OMS los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. (5)

Los varones que se encuentran encarcelados tienden a tener un impacto en sus emociones, pues estas no son canalizadas por medios favorables los cuales no les permite un pleno desenvolvimiento emocional, debido a que, por la privación de su libertad, se ven aislados tanto afectiva y socialmente, las cuales conlleva a la pérdida de los roles familiares, sociales, sexuales y produce un deterioro de la propia identidad y de la autoestima. No solo estos factores son tomados en cuenta, también el trato denigrante, la discriminación, el abuso, las condiciones en la que viven los internos, hacen que estas personas se llenen de un profundo sentimiento de infelicidad, desesperanza y angustia permanente, que lo hace sentirse incapaz de cambiar las cosas y de permanecer mal consigo mismo.

Los elementos mencionados aportan a que la situación emocional del interno se altere y pierda equilibrio, a llegar al punto de sentirse impotentes ante su realidad. Además, el no saber cómo les ira frente a un tribunal de justicia sobre su condena o su absolución, hacen que sus expectativas se llenen de temor, conduciéndolo a la depresión y un nivel de ansiedad elevado, con ideas suicidas.



Frente a esta situación nos enfocamos en conocer y dar una respuesta con relación a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la ansiedad, depresión e ideas suicidas en los reclusos del Centro de Privación de la Libertad de Azogues?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El centro de privación de libertad de la ciudad de Azogues tiene el propósito de dar rehabilitación a las conductas de los reclusos, los cuales los llevaron hasta aquí, para que luego de un proceso dentro de la cárcel puedan reincorporarse plenamente a la sociedad. El trabajo de rehabilitación en la población masculina tiene el objetivo de devolver a la sociedad hombres aptos, productivos moral y socialmente.

De acuerdo con el último borrador emitido por la OMS del 2013 sobre el Plan de acción integral sobre Salud Mental, las condiciones para que se desarrollen los trastornos de la salud mental no solo se limitan al ámbito individual, sino que depende de factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, además de la exposición a factores de riesgo de trastornos mentales. (6)

A nivel mundial las personas que ya presentan algún tipo de trastorno mental tienen elevadas tasas de discapacidad y mortalidad, por ejemplo, personas con depresión mayor tienen un 40 a 60% de probabilidad de una muerte prematura, siendo el suicidio la causa de muerte más frecuente. (6)

Por lo tanto, nuestro deber es proporcionar datos actuales sobre la realidad que viven los internos del centro de privación en Azogues, esperando que esto genere el esclarecimiento de la realidad del país, y al mismo tiempo produzca un reflejo de los trastornos mentales que sufren dichas personas, incentivando así alentar a las autoridades a emprender acciones puntuales para la contingencia y resolución del problema.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Según datos de abril de 2016 la OMS indica que casi una de cada diez personas en todo el mundo padece depresión o fuertes estados de ansiedad, luego de que la cifra se incrementara fuertemente en las últimas décadas. (7)

Si hablamos de ansiedad, Magdalena Sánchez y colaboradores la definen como una emoción normal que experimentan las personas en situaciones amenazadoras, esta se convierte en patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada. (9)

Los trastornos de ansiedad tienen mayor índice de prevalencia que otros trastornos, según el Estudio Nacional de Salud Mental (2003), en Colombia se evidencia una prevalencia de ansiedad del 19.3%, siendo más alto que los trastornos afectivos que tienen un índice de 15.0%. (11)

En Ecuador, en el año 2007, María José Casares López y colaboradores demostraron que el perfil del interno del centro penitenciario es varón, con una edad media de 34 años, nunca casado (51,4 %) y con hijos (56,3%). El 39.2% ha cursado los estudios básicos, existiendo un 37,2 % sin estudios ni titulación académica alguna. En cuanto al estado de salud, existe un alto porcentaje de personas con procesos infecciosos crónicos. (14)

En España Salvador Herrero Remuzgo y José Luis León Fuentes, comprobaron que aquellos sujetos que han vivido en un ambiente familiar conflictivo, manifestado por rupturas y conflictos entre sus progenitores, se encuentran más pesimistas y con un estado de ánimo más depresivo e irritable, pues la prisión aumenta aún más el alejamiento familiar y el aislamiento social de la privación de libertad que hace más evidente la relación afectiva. (1)

Un estudio mexicano en la ciudad de Veracruz por la Universidad Veracruzana indica que factores desencadenantes de depresión son los impulsos suicidas y que tienen pensamientos de hacerse daño (40%), planes de suicidio (20%),



pensamiento de "me mataría si pudiera" (11.4%); irritabilidad con un 48.6% el trastorno de sueño al no poder conciliar el sueño por más de 3 o 4 horas seguidas expresado en 51.7%. Y presentaron depresión grave al 100%. (10)

Otros datos de la OMS, indican que más de 800 000 personas se suicidan cada año. Por cada suicidio hay muchas más tentativas del mismo. Entre la población en general, un intento de suicidio no logrado es el factor individual de riesgo más importante, el suicidio es la segunda causa principal de defunción en la población de 15 a 29 años, la mayoría de suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos. (8)

En Colombia Fredy Villalobos indica que una ideación suicida son pensamientos de actos voluntarios, con resultados no fatales, que pretenden causar o realmente causan daño a sí mismo. (8)

Un estudio exploratorio realizado en 5 centros penales de Bogotá indicó que los participantes con riesgo suicida presentaban en su mayoría grados moderados o altos de desesperanza, mientras que los participantes sin riesgo suicida presentaban una desesperanza leve más frecuentemente. (12)

Una investigación realizada en Colombia demostró que la mayoría de los internos tienen edades entre 29 y 36 años, es decir son adultos. En lo que corresponde a el estrato un 48,8% pertenecen estratos bajo, en donde se ha encontrado que las conductas suicidas e intentos de estos son más comunes. (13)

Un informe de investigación realizado en la ciudad de Ambato estableció que el tipo de trastorno mental que se presenta con mayor frecuencia fue la culpabilidad con un nivel de riesgo suicida moderado. (15)

Los resultados de un estudio realizado por estudiantes de la Universidad San Francisco de Quito en la ciudad de Guaranda indico que el hecho de ser padre, estar casado, tener una sentencia mayor a 10 años y tener como causa de ingreso homicidio no se relaciona con un aumento en el riesgo de desarrollar depresión y ansiedad. El tiempo de reclusión y ser católico se relacionó directamente con un mayor riesgo a desarrollar depresión y ansiedad. (16)



Salud Mental

Por salud Mental se entiende una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (17)

Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. (17)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud entre los años 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad aumentó casi en un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. (18,19)

Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. (20)

En caso de ser leve, su tratamiento es posible sin medicamentos, sin embargo, una vez se diagnostique con carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. (20)

Tipología

Trastorno depresivo recurrente: está caracterizado por repetidos episodios de depresión. En el transcurrir de estos episodios se suele encontrarse el estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o ganas de disfrutar. Igualmente, la reducción de energía que produce una disminución de la actividad. El tiempo estipulado según la literatura suele ser de unos 15 días por lo general. Pueden éstos clasificarse como leves, moderados o graves. (21)

Trastorno afectivo bipolar: este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir. (22)

Ansiedad

Se entiende como la emoción natural que comprende las reacciones que tienen los seres humanos ante la amenaza de un resultado negativo o incierto. Por ejemplo, exámenes, oratoria en público, sentirse evaluados, entre otras. (23)

La ansiedad es definida por Wolper (1973), como un patrón de respuestas autónomas características de un individuo ante una situación nociva, cuando es provocada repetidamente llega a condicionarse fuertemente ante determinados estímulos del medio ambiente.

Maher (1966) plantea, que a pesar de las diferentes formas en que un individuo manifieste la ansiedad, hay tres componentes importantes: 1) Un sentimiento consciente de temor y de peligro previsto, sin la capacidad de identificar las amenazas objetivas inmediatas que expliquen la razón de esos sentimientos de aprensión. 2) Una serie de excitaciones fisiológicas y de dolores orgánicos que pueden incluir alteraciones y trastornos físicos, ejemplos: síntomas cardiovasculares, trastornos respiratorios, síntomas gastrointestinales, insomnio, sudor, tensión muscular, fatiga, etc. 3) Una desorganización en la



solución eficaz de problemas en el control cognoscitivo, incluida la dificultad de pensar claramente y afrontar con éxito las exigencias del medio ambiente. (23)

Mischel, W. (1979) en sus estudios sobre la ansiedad, señala algunas conclusiones relacionadas a lo antes expuesto: 1) La ansiedad la define como un temor adquirido. 2) Los "traumas", o sea los peligros que representan un riesgo para la vida, constituyen los ejemplos más claros de las reacciones a la ansiedad intensa. Además, el temor traumático puede generalizarse, de manera que los hechos y cogniciones que guardan estrecha relación con las experiencias traumáticas originales desencadenan más tarde reacciones de ansiedad aun después de desaparecer el peligro objetivo. 3) La ansiedad del sujeto influye en la calidad de su ejecución. 4) Por lo regular la intensidad de reacciones a la ansiedad está directamente relacionada con la intensidad y la duración objetiva del estrés experimentado. 5) Las conductas de evitación o evasión practicadas en un estado de ansiedad se fortalecen si logran mitigarlo. (23)

Se sostiene además que la mente humana, una vez en estado de activación dado por el estrés que causa la ansiedad, puede presentar problemas de salud física y mental según el tiempo de activación. Tanto es así que forman parte de los diagnósticos de salud mental que tienen mayor prevalencia mundialmente forman parte de la misma. Entre ellas se encuentran la artritis, diabetes, hipertensión, etc. (23,24)

Suicidio

Se tiene como todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil. (25)

Para aquellos que presentan cierta predisposición, los factores de riesgo incluyen:

- Problemas psiquiátricos (trastornos depresivos, psicosis, enfermedad bipolar).
- Pérdida de seres queridos.
- Problemas económicos, familiares, laborales.



- Vivir en zonas con escasa luz del día (como en el sur de nuestro país en época invernal).
- Casos de suicidio en la familia (con su correlato genético y social).
- Abuso de alcohol y/o drogas.
- Ser víctima de abuso físico o sexual en la niñez.
- Ser víctima de enfermedades físicas inhabilitantes y/o causantes de mucho dolor.
- Tener acceso a medios para cometer el suicidio (venenos, armas, etc.).

En los jóvenes, el riesgo de suicidio aumenta en los casos de familias mono-parentales y en las zonas de menor densidad de población y cobertura de servicios. (25)

Se estima que alrededor de un 30% de todos los suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas, y la mayoría de ellos tiene lugar en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos. Otros métodos comunes de suicidio son el ahorcamiento y las armas de fuego (26,27)

Según datos de la OMS:

- Cerca de 800 000 personas se suicidan cada año.
- Por cada suicidio, hay muchas más tentativas de suicidio cada año. Entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante.
- El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años.
- El 78% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos.
- La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo. (26)

Persona Privada de su Libertad

Se entiende por recluso a toda aquella persona que esta privada de su libertad y que es obligada a permanecer bajo un encierro. Además, se define paciente recluso a todo aquel que requiera asistencia médica, ya sea por salud mental o física. Según el Manual sobre reclusos con necesidades especiales de las Naciones Unidas “La equivalencia de atención médica es un principio que aplica para todos los reclusos, quienes tienen el derecho de recibir la misma calidad de cuidados médicos que los que están disponibles en la comunidad”. (28)

Uno de los problemas de mayor preocupación en los pacientes reclusos, son los temas de salud mental. Las fuentes de estimaciones son varias, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hasta el 40 por ciento de los reclusos en Europa padecen de algún tipo de deficiencia mental. Y de manera general en el resto del planeta el comportamiento es el mismo ya sea en Oceanía, en donde 80 por ciento de los reclusos tienen alguna discapacidad psiquiátrica, sobre todo en Australia y Nueva Zelanda. (28)

Factores de riesgo

La OMS lo define como un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (17)

Según Hoyos Zuluaga están los factores biológicos como son la herencia, alteraciones estructurales y funcionales en el sistema nervioso central. Así mismo define los psicológicos, como son la personalidad, factores relacionado con el desarrollo, creencias y por último los sociales como son el contexto social, económico, ideológico, roles, relacionados de manera multifactorial. (29)

El Dr. Puente (Psiquiatra Psicoterapeuta Certificado por el Consejo Mexicano de Psiquiatría) sostiene que se dividen los factores de riesgo de los trastornos del ánimo en:



Origen familiar

Es la evaluación y clasificación del grado de vulnerabilidad de una familia de acuerdo con agentes internos y externos, dentro de estos tenemos:

- Conflictos familiares: violencia
- Problemas económicos
- Desigualdad de roles en el hogar
- Ausencia de padres
- Falta de comunicación (30)

Origen personal

Hace referencia a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse, que determinan la manera de actuar del mismo. Los factores relacionados son:

- Patologías endocrinas
- Soledad
- Estado civil
- Fracaso académico
- Influencia de las amistades (30)

Origen social

El núcleo social integra una fase de desarrollo donde el individuo forma su identidad frente al grupo de pares, lo cual lo puede llevar a adoptar modelos de comportamiento arriesgados.

- Falta de oportunidad de trabajo
- Falta de oportunidad de educación
- Discriminación
- Acceso a armas
- Uso y abuso del alcohol (30)

Uno de los factores que también influye en estos trastornos del ánimo se basa en las políticas penitenciarias, sin embargo, no nos enfocaremos como punto principal, daremos a conocer para que el tema sea claro, pues el enfoque se da en los factores individuales, sociales y familiares.

Políticas penitenciarias

La Constitución Política del Ecuador, el Código de Ejecución de Penas y Rehabilitación Social, las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los reclusos, el Derecho Penitenciario, y otras normas de derechos humanos establecidas en Códigos y Normas nacionales e internacionales, de los cuales el Ecuador es parte, constituyen el marco legal de los derechos de las personas privadas de libertad, donde se plasman las políticas penitenciarias que deberían ser aplicadas, analizadas y evaluadas de manera obligatoria por el correspondiente Ministerio, y cuyos objetivos a alcanzar si se daría su aplicación real serían los siguientes:

- La Reeducación, Rehabilitación y Reinserción del delincuente a la sociedad, a través de la orientación, capacitación y formación profesional para su nuevo proyecto de vida, que le permita su promoción y desarrollo integral.
- La Garantía y respeto a los Derechos Humanos que amparan a los privados de libertad en el goce de sus derechos fundamentales, tales como: Derecho a la vida, Derecho a la libertad, Derecho a la integridad física y sexual, a la Garantía procesal y el Debido Proceso, en definitiva, a la Libertad y Justicia que le permita una armónica convivencia durante su encierro en el interior de las cárceles.
- Evitar que se produzcan constantes violaciones a los Derechos Humanos, como son el hacinamiento, los tratos crueles e inhumanos, la falta de servicios públicos y condiciones de vida que humillan la dignidad del ser humano privado de libertad, todo ello enmarcado como violencia institucional.

- La creación de un ente penitenciario con carácter autónomo, como son los Jueces de Garantías Penitenciarias, quienes según el Art 1.1 del Código de Ejecución de Penas y Rehabilitación Social, “les corresponde el controlar y supervisión judicial del régimen penitenciario”. (DIRECCIÓN NACIONAL DE ASESORÍA JURÍDICA DE LA PGE, 2009)
- Garantizar el tratamiento y la rehabilitación integral de los internos, así como el control post carcelario, proyectada hacia la prevención de la reincidencia y habitualidad, con miras a obtener la disminución de la delincuencia.
- Implantar la clasificación de los Centros de Rehabilitación Social para Garantizar el respeto a los Derechos Humanos y el tratamiento del privado de libertad.
- Aplicar los beneficios de ley (Prelibertad, Libertad Controlada, Rebajas de Pena) a los privados de libertad que realmente observaren buena conducta y demostraren interés por su recuperación, rehabilitación y reinserción social.
- Seleccionar y capacitar permanentemente a los funcionarios o empleados de los Centros de Rehabilitación Social que conforman los departamentos que realizan funciones de asistencia técnica y rehabilitación, quienes serán los encargados de aplicar los planes, programas y proyectos de tratamiento y rehabilitación social a los privados de libertad, y determinarán la eficiencia o no de dichas políticas penitenciarias.

Todos estos objetivos solo se encuentran escritos y planteados en lo que el gobierno ha denominado “Ejes de la Transformación del Sistema de Rehabilitación Social”, (DEFENSORÍA PÚBLICA DEL ECUADOR, 2012) que incluyen el acceso de las personas privadas de libertad a la salud física y mental, al trabajo, a la educación, cultura y deporte, a la convivencia y preservación del vínculo familiar; pero en la práctica no se han dado porque no existen los procesos o políticas públicas estructurales de cómo hacerlo para conseguir dichos objetivos.(41)



Panorama Social

Varias investigaciones a nivel mundial muestran que el incremento de la delincuencia se ha convertido en uno de los problemas sociales más graves que tiene que enfrentar la sociedad. (31)

Las conductas antisociales de los jóvenes y adultos, las agresiones sociales, el consumo de alcohol y otras drogas, la exclusión social y la frustración tienen como resultados delitos que llevan a prisión. Actividades en las cuales los varones encabezan las estadísticas. (31)

En cuanto al aspecto humano, la prisión significa para los internos un cambio total de ambiente que provoca una inadaptación total, porque se ve afectado su relación familiar, física y social la cual se demuestra en diferentes padecimientos mentales. (11)

En Ecuador existen 35 centros de rehabilitación social en 18 de las 21 provincias en que se divide el país; 15 de ellos están ubicados en cinco provincias de la Costa, 18 en diez provincias de la Sierra y dos en dos provincias de la región Oriental. (32)

De estos centros, cinco son de mujeres, ocho de varones, 19 son mixtos y tres de detención provisional. Hasta octubre del 2005, el número de personas privadas de libertad en el Ecuador eran 11.971, de las cuales 10.721 eran hombres y 1.250 mujeres. (32)



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo que influyen en la depresión, ansiedad e ideas suicidas en internos del Centro de Privación de la Libertad, Azogues 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a la población privada de su libertad, de acuerdo con las variables sociodemográficas como: edad, estado civil, nivel de instrucción, residencia, religión, enfermedades, estructura familiar.
- Identificar los trastornos del estado de ánimo como: depresión, ansiedad, mediante el test de Hamilton e ideas suicidas mediante el Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos (SRQ).
- Identificar los factores de riesgo de las personas privadas de la libertad, relacionado el nivel social, familiar e individual que provoquen depresión, ansiedad e ideas suicidas mediante el formulario sociodemográfico.



CAPÍTULO IV.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente es una investigación de tipo descriptivo de corte transversal, cuantitativo.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

Internos del Centro de Privación de Libertad de Azogues, ubicado en la ciudad de Azogues, Provincia Cañar.

4.3 POBLACIÓN/UNIVERSO

La población de la investigación está constituida por el número total de personas privadas de la libertad del centro penal, que corresponden a 70.

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas privadas de su libertad mayores de 18 años con sentencia definida.
- Personas privadas de su libertad que acepten la investigación y firmen voluntariamente el consentimiento informado.

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas privadas de su libertad con retraso mental o física.

4.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La información se obtuvo a través de la entrevista y la aplicación de encuestas realizadas de forma directa a las personas privadas de su libertad, para ello se utilizó el formulario sociodemográfico mediante el cual se obtuvieron datos requeridos como la edad, nivel de instrucción, religión, estado civil, procedencia, residencia, motivo y tiempo de sentencia, tiempo de reclusión y frecuencia de visitas. Se utilizó además los test de Hamilton para valorar la ansiedad y depresión, el Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos (SRQ) para ideas suicidas.



4.5 PROCEDIMIENTOS

Autorización: Para realizar el presente proyecto de investigación “Factores de riesgo que influyen en la ansiedad, depresión e ideas suicidas en internos del Centro de privación de la Libertad, Azogues 2016”, se dio conocimiento a las autoridades del centro penal mediante la elaboración y entrega del oficio correspondiente al Dr. Alfredo Vintimilla Palacios, director de la institución, quien nos proporcionó la debida autorización, de igual manera se entregó el consentimiento informado a los internos, los mismos que aceptaron los términos permitiéndonos desarrollar la investigación.

Capacitación: el proyecto de investigación se realizó mediante la revisión de información bibliográfica y la capacitación con la experta en temas de salud mental, la Máster. Amparito Rodríguez.

Supervisión: el proyecto de investigación fue supervisado por la Mgst. Amparito Rodríguez, la cual garantizó el bienestar de los participantes.

4.6 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Una vez que los datos son recolectados en los formularios se transcribió la información a una base digital y se analizarán los datos mediante el programa SPSS 19, previa a la revisión de los datos se recodificaron las variables.

}El análisis descriptivo se hará mediante: frecuencias, porcentajes, gráficos de barras, para las variables simples ordinales y nominales, y para variables cuantitativas los datos se analizarán mediante la desviación media, estándar y mediana.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Dentro de la investigación se han establecido los principios éticos, los mismos que se cumplieron y no existió riesgo alguno en los procedimientos que se empelaron, se describió con exactitud la información que se entregó a los sujetos de estudio. Se solvento cualquier duda que presento el investigado. No se obligó a ningún recluso a que realice los formularios propuestos para la investigación, para ello se solicitó que firmen un consentimiento informado previo a la aplicación de los test, los pacientes estuvieron en libertad de



participar o retirarse de la investigación, teniendo en cuenta que esta investigación no será remunerada y que toda la información proporcionada será confidencial.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

La investigación cumplió los objetivos trazados obteniéndose los resultados esperados según lo planificado, se determinaron los factores de riesgo que influyen en la depresión, ansiedad e ideas suicidas en reclusos, identificándose los factores sociodemográficos y el diagnóstico del estado de ánimo: ansiedad, depresión e ideas suicidas a partir de las técnicas seleccionadas.

5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio está compuesta por 70 internos hombres del centro de privación de libertad de la ciudad de Azogues, el rango de edad que varía es de 33 a 45 años.



DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

**TABLA N°.1 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS PRIVADA DE SU LIBERTAD
SEGÚN LA EDAD**

EDAD	N	%
18-20 AÑOS	9	12.85
21-35 AÑOS	35	50
36-50 AÑOS	19	27.14
51-65 AÑOS	5	7.14
≥ 66 AÑOS	2	2.85
TOTAL	70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: Los resultados de la tabla indican que del total de internos que participaron en la investigación prevalecen las edades comprendidas entre 21-35 años (50%) seguidos de edades entre 36-50 años (27.14%) con valores inferiores 18-20 años (12.85%), 51-65 años (7.14) y con menor representación los mayores de 66 años (2.85%). La media de edades es 33.45, mínima 18, máxima 67, error típico 1.556, desviación típica 13.024, y la varianza 169.643.

**TABLA N°.2 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD
SEGÚN ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	N	%
Soltero	24	34.28
Casado	16	22.85
Divorciado	11	15.71
Unión libre	17	24.28
Viudo	2	2.85
TOTAL	70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: Los resultados evidencian que prevalece la condición de soltero en 24 reclusos (34.38%), seguido con valores similares de unión libre en 17 (24.28%) y casados 16 (22.85%) en tanto divorciados son 11(15.71%) y solo 2 (2.85%) son viudos. Los resultados indican que puede prevalecer la condición de no tener parejas estables en 37 reclusos (52.85%) como evidencian los resultados de solteros, divorciados y viudos.

**TABLA N°.3 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD
SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	N	%
Básica incompleta	12	17.14
Básica completa	28	40
Bachillerato incompleto	13	18.57
Bachillerato completo	7	10
Superior incompleto	4	5.71
Superior completo	6	8.57
TOTAL	70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: En correspondencia con el nivel de instrucción prevalece el nivel de educación básica 28 (40%) completa y 12 (17.14%) incompleta, seguido de bachillerato 13 (18.57%) incompleto y 7 (10%) completo, la menor frecuencia es de nivel superior con ligera diferencia superior completo 6 (8.57%) en tanto incompleto es en 4 (5.71%), demostrándonos que del total de internos con instrucción básica completa son más propensos a adoptar niveles de ansiedad, depresión o ideas suicidas.

**TABLA N°.4 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD
SEGÚN PROCEDENCIA**

PROCEDENCIA	N	%
Urbana	51	72.9
Rural	19	27.1
TOTAL	70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: Del total de los 70 internos se evidencia que prevalecen las zonas urbanas en 51 (72.9%) en tanto 19 son de zonas rurales (27.1%).

**TABLA N°.5 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD
SEGÚN RELIGIÓN**

RELIGION	N	%
Católicos	56	80
Evangélicos	3	4.3
Ateos	6	8.6
Cristianos	5	7.1
TOTAL	70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: De acuerdo con los resultados obtenidos se evidencia que la religión católica prevalece en 56 reclusos (80%), mientras que los evangélicos, ateos y cristianos indican un 4.3%, 8.6% y 7.1% respectivamente.

**TABLA N°.6 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD
SEGÚN ESTRUCTURA FAMILIAR**

ESTRUCTURA FAMILIAR	N	%
Familia nuclear completa	35	50
Familia incompleta	26	37.1
Familia extensa	2	2.9
Familia reconstruida	4	5.7
Familia con padrastro	3	4.3
TOTAL	70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Morocho Viviana, Jara Henry.

Análisis: De la totalidad de la muestra se determinó que un 50% de los internos pertenecen a familias nucleares completas, el 37.1% corresponde a familias incompletas, el 5.7% familias reconstruidas y un 4.3% - 2.9% provienen de familias extensas.

**TABLA N°. 7 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD
SEGÚN DIAGNÓSTICO DE OTRAS ENFERMEDADES.**

DIAGNÓSTICOS	N	%
Diabetes	5	7.1
Hipertensión arterial	13	18.5
Gastritis	8	11.4
Otros	44	62.2
TOTAL	70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: De los 70 internos que participaron en el estudio, el 18.5% tienen como antecedente patológico la hipertensión arterial, seguida del 11.4% con diabetes y 62.2% con otro tipo de enfermedad no especificada, por lo cual la enfermedad de prevalencia en las personas de la libertad corresponde a la hipertensión arterial.

**TABLA N°.8 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD
SEGÚN TIEMPO DE RECLUSIÓN.**

TIEMPO DE RECLUSIÓN	N	%
1 a 5 AÑOS	24	34.3
6 a 10 AÑOS	44	62.9
Más de 10 años	2	2.9
TOTAL	70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: En la tabla se puede evidenciar que la mayoría de los reclusos tienen condenas entre 6 a 10 años indicándose en 44 de los casos (62.9%), seguido de las condenas entre 1 a 5 años con 34.3% en 24 casos y solo 2.9% tienen más de 10 años, por lo que la mayoría tiene sanciones que varían entre los 6 a 10 años, provocando un fuerte impacto en ellos, siendo más susceptibles a caer en la ansiedad, depresión o ideas suicidas.

**TABLA N°.9 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD
SEGÚN VISITAS RECIBIDAS.**

VISITAS RECIBIDAS	N	%
1-5 días al mes	28	40
6-10 días al mes	11	15.71
Más de 10 días al mes	9	12.85
Ninguna	22	31.42
TOTAL	70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: Los resultados obtenidos según el número de visitas recibidas hacia los internos indican que han recibido pocas o ninguna entre 1 a 5 visitas un 40% y no han recibido un 31.42%, el resto con valores similares, entre 6 a 10 visitas un 15.71% y más de 10 veces un 12.85%, indicando que la prevalencia de visitas al mes en el total de internos es de 1 a 5 días.

**TABLA N°.10 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD
SEGÚN MOTIVO DE DELITO.**

MOTIVOS DE DELITO	N	%
Robo	23	32.85
Asesinato	2	2.85
Tráfico de personas	7	10
Violación	3	4.28
Estafa	21	30
Tráfico de drogas	4	5.71
Peculado	5	7.14
Secuestro	2	2.85
Intento de homicidio	3	4.8
TOTAL	70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: En la tabla se indican los motivos de delito prevaleciendo el robo y la estafa con valores parecidos 32.85% (23) y 30% (21), el resto tiene comportamientos similares según la frecuencia obtenida, seguida de tráfico de personas 10% (7), tráfico de drogas 5.71% (4), intento de homicidio 4.8% (3), secuestro y asesinato 2.85%.

DATOS DE LOS TRASTORNOS DE ÁNIMO**TABLA N°.11 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD
SEGÚN DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL ÁNIMO: ANSIEDAD**

DIAGNÓSTICO ANSIEDAD	N	%
Leve	18	25.7
Moderado	23	32.9
Grave	29	41.4
TOTAL	70	100

Fuente: base de datos**Elaboración:** Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: Del total de internos estudiados los resultados indican que la ansiedad prevalece en un nivel grave con 29 casos (41.4%), frente al nivel moderado en 23 casos (32.9%) y con menor frecuencia leve en 18 (25.7%).

**TABLA N°.12 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD
SEGÚN DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL ÁNIMO: DEPRESIÓN**

DIAGNÓSTICO DEPRESIÓN	N	%
LEVE	15	21.42
MODERADA	24	34.28
GRAVE	21	30.00
TOTAL	70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: Los resultados obtenidos indican que la depresión en un nivel moderado prevalece con un 34.28% (24), seguido de nivel grave con 30% (21) y en menor porcentaje el nivel leve con 21.42% (15) de los casos.

**TABLA N°.13 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD
SEGÚN DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEL ÁNIMO: IDEAS SUICIDAS**

DIAGNÓSTICO IDEAS SUICIDAS	N	%
SI	41	58.57
NO	29	41.42
TOTAL	70	100

Fuente: base de datos

Elaboración: Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: Los resultados indican que prevalecen ideas suicidas en 41 de los internos estudiados para un 58.57%. Frente al 41.42% (29) que no poseen ideas suicidas.

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN E IDEAS SUICIDAS**TABLA N°.14 Distribución** de los factores de riesgo individuales que influyen en la ansiedad, depresión e ideas suicidas.

Factores de riesgo individuales	SI		NO	
	N	%	N	%
Patologías endocrinas	26	37.2	44	62.8
Soledad	51	81.4	19	18.6
Estado civil	42	60	28	40
Fracaso académico	26	37.2	44	62.8
Influencia de las amistades	40	57.2	30	42.8

Fuente: base de datos**Elaboración:** Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: Los resultados de la tabla indican que del total de internos el 81.4% refiere que ha sentido soledad, el 60% refiere que el estado civil influye en los trastornos, el 57.2% presenta amistades de mala influencia, el 37.2 refieren patologías endocrinas crónicas y fracaso académico.

TABLA N°.15 DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO FAMILIARES QUE INFLUYEN EN LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN E IDEAS SUICIDAS.

Factores de riesgo familiares	SI		NO	
	N	%	N	%
Violencia	49	70	21	30
Problemas económicos	38	54.2	32	45.8
Desigualdad de roles en el hogar	15	21.5	55	78.5
Ausencia de padres	43	61.4	27	38.6
Falta de comunicación	46	65.7	24	34.2

Fuente: base de datos

Elaboración: Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: Los resultados de la tabla indican que del total de internos el 70% refiere que ha presentado violencia, el 65.7% refieren presentar una mala comunicación, el 61.4% presenta ausencia de padres, el 54.2% refieren problemas económicos, el 21.5% refieren desigualdad de roles en el hogar.

TABLA N°.16 DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN E IDEAS SUICIDAS

Factores de riesgo sociales	SI		NO	
	N	%	N	%
Falta de oportunidad de trabajo	48	68.5	22	31.5
Falta de oportunidad de educación	40	57.2	30	42.8
Discriminación	38	54.2	22	45.8
Acceso a armas	16	22.8	54	77.2
Uso y abuso del alcohol	57	81.4	13	18.6

Fuente: base de datos

Elaboración: Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: Los resultados de la tabla indican que del total de internos el 81.4% refiere tener problemas con el uso y abuso del alcohol, el 68.5% refiere presentar falta de oportunidad de trabajo, el 57.2% presenta falta de oportunidad de educación, el 54.2% refieren haber sufrido de discriminación, el 22.8% refiere tener acceso a armas.

TABLA N°.17 RELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y EL ESTADO DE ÁNIMO EN LOS INTERNOS INVESTIGADOS.

<i>FACTORES INDIVIDUALES</i>	<i>PREVALENCIA</i>		<i>ANSIEDAD</i>	<i>DEPRESION</i>	<i>IDEAS SUICIDAS</i>
	<i>SI</i>	<i>%</i>			
<i>Patologías endocrinas</i>	46	37.1	OR=18.636 [4.564– 76.101]	OR=.344 [.109-1.081]	OR=.274 [.092-.813]
<i>Soledad</i>	71	72.9	OR=.667 [.208-2.135]	OR=.573 [.192-1.705]	OR=.2489 [.780-7.937]
<i>Estado Civil</i>	62	60.0	OR=.424 [.142-1.261]	OR=.150 [.050-.452]	OR=23.400 [4.865-112.55]
<i>Fracaso académico</i>	36	37.1	OR=5.429 [1.709-17.244]	OR=4.537 [1.57-13.142]	OR=2.933 [1.945-4.429]
<i>Influencia de amistades</i>	60	57.1	OR=1.714 [.559-5.262]	OR=.740 [.271-2.021]	OR=.872 [.334-2.277]

Fuente: base de datos
Elaboración: Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: Los resultados de la tabla evidencian que los factores individuales que prevalecen son la soledad 72.9%, con mayor riesgo para la ansiedad (OR=.573, IC95% [.192-1.705] y el estado civil en los casos de reclusos que se encuentran sin pareja (OR=.150, IC95% [.050-.452], resultados estadísticamente significativos.

TABLA N°.18 RELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO FAMILIARES Y EL ESTADO DE ÁNIMO EN LOS INTERNOS INVESTIGADOS

FACTORES DE RIESGO	PREVALENCIA		ANSIEDAD	DEPRESIÓN	IDEAS SUICIDAS
	SI	%			
Violencia	49	70.0	OR=.579 [.187-1.790]	OR=.717 [.246-2.090]	OR=2.212 [.736-6.647]
Problemas Económicos	38	54.3	OR=.6304 [1.626-24.441]	OR=2.597 [.903-7.474]	OR=.103 [.034-.311]
Desigualdad de roles en el hogar	15	21.4	OR=.2389 [.709-8.052]	OR=3.048 [.941-9.871]	OR=.069 [.608-.561]
Ausencia de padres	43	61.4	OR=.982 [.327-2.955]	OR=1.693 [.587-4.886]	OR=.638 [.241-1.693]
Falta de comunicación	46	65.7	OR=1.059 [.341-3.292]	OR=1.295 [.445-3.773]	OR=.768 [.280-2.060]

Fuente: base de datos
Elaboración: Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: Los factores familiares que prevalecen son violencia 70.0% (OR=.717, CI95% [.246-2.090] la falta de comunicación 65.7%, OR=1.295 CI95% [.445-3.773] y la ausencia de los padres (OR=1.693, CI95% [.587-4.886] con mayor riesgo de depresión en ambos.

Los resultados en relación con condiciones potenciadoras de bienestar emocional como la relación afectiva positiva generada en el contexto familiar están deterioradas teniendo en cuenta pobres relaciones de pareja, familias que no brindan el apoyo emocional necesario al recluso que se siente marginado, aislado experimentando los efectos que produce la soledad, que son condiciones generadoras de estados de depresión que pueden estar en la base de las ideas suicidas.

TABLA N°. 19 RELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO SOCIALES Y EL ESTADO DE ÁNIMO EN LOS INTERNOS INVESTIGADOS

FACTORES DE RIESGO	PREVALENCIA		ANSIEDAD	DEPRESIÓN	IDEAS SUICIDAS
	SI	%			
Falta de oportunidad en el trabajo	48	68.6	OR=.461 [.151-1.402]	OR=.795 [.275-2.300]	OR=2.453 [.820-7.340]
Falta de oportunidad de educación	40	57.1	OR=.917 [.311-2.700]	OR=.569 [.208-1.558]	OR=1.810 [.679-4.824]
Discriminación	48	68.5	OR=.240 [.077-.744]	OR=.446 [.155-1.278]	OR=12.857 [2.698-61.271]
Acceso a armas	16	22.9	OR=4.400 [1.330-14.559]	OR=1.847 [.586-5.819]	OR=.062 [.008-.502]
Uso y abuso de alcohol	57	81.1	OR=1.190 [.288-4.918]	OR=.223 [.063-.790]	OR=4.950 [1.006-24.367]

Fuente: base de datos
Elaboración: Morocho Viviana; Jara Henry.

Análisis: Los factores sociales que prevalecen son uso y abuso de alcohol 81.1%, (OR=4.950, CI95%1.006-24.367], falta de oportunidad de trabajo 68.6%, (OR=2.453, CI95%.679-4.824] y la discriminación 68.5% (OR=12.857, CI95%2.698-61.271] con mayor riesgo de ideas suicidas.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo principal identificar los factores de riesgo que influyen en la ansiedad, depresión e ideas suicidas en internos del centro de privación de la libertad de Azogues, se aplicó el test de Hamilton para ansiedad y depresión, el Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos (SRQ) y el cuestionario sociodemográfico a 70 internos de sexo masculino, en el cual se pudo apreciar que la violencia, soledad y alcoholismo están relacionados con los trastornos del ánimo, dificultando su manejo y rehabilitación.

En la investigación prevalecen las edades comprendidas entre 21 a 35 años (50%), seguidas por las edades de 36-50 años (27.14%) en tanto son inferiores los de 18-20 años (12.85%), 51-65 años (7.14) y con menor representación los mayores de 66 años (2.85%). La media de edades es 33.45, mínima 18, máxima 67, error típico 1.556, desviación típica 13.024, y la varianza 169.643.

Este resultado es superior al obtenido por Larrotta C., R., Luzardo B., M., Vargas C., S. & Rangel N., en un estudio descriptivo correlacional realizado acerca de las características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia, 2014, en una muestra de 60 internos, con una edad promedio 28,02 años y una desviación estándar de 8,03 años. (33)

En tanto son similares a los obtenidos por Uribe-Rodríguez, AF; Martínez-Rodríguez, JM; López-Romero, KA en un estudio sobre depresión y ansiedad estado/rasgo en internos adscritos al Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario en Bucaramanga, Colombia en el 2012. (34)

En ese estudio los autores encontraron que la edad de los adscritos estuvo entre los 19 y los 68 años, con un promedio de 33,29%, y una desviación estándar de 10,82%. (34)

Los resultados de esta investigación evidencian que prevalece la condición de soltero en 24 internos (34.38%), seguido con valores similares de unión libre en 17 (24.28%) y casados 16 (22.85%) en tanto divorciados son 11(15.71%) y



solo 2 (2.85%) son viudos. Los resultados indican que puede prevalecer la condición de no tener parejas estables en 37 reclusos (52.85%) como evidencian los resultados de solteros, divorciados y viudos que pueden incidir en los resultados del estado de ánimo.

Este resultado es similar al obtenido por Champi Q, S; Mancha, H.I. en un estudio realizado en el Perú en el 2015, sobre satisfacción con la vida y estilos de afrontamiento en internos del establecimiento penitenciario de Huancavelica, en el 2015, donde se encontró que prevalece en el 37,2% el estado civil soltero. (35)

Resultando también similar al encontrado por Uribe-Rodríguez, AF; Martínez-Rodríguez, JM; López-Romero, KA en el 2012 en Colombia. (34)

En este estudio en correspondencia con el nivel de instrucción prevalece el nivel de básica 28 (40%) completa y 12 (17.14%) incompleta, seguido de bachillerato 13 (18.57%) incompleto y 7 (10%) completo, la menor frecuencia es de nivel superior con ligera diferencia superior completo 6 (8.57) en tanto incompleto es en 4 (5.71). (34)

Resultados que difieren a los obtenidos por Uribe-Rodríguez, AF; Martínez-Rodríguez, JM; López-Romero, KA en Colombia en el 2012. Acerca del grado de escolaridad de los participantes, se presentó una variación entre primaria incompleta hasta profesional, clasificados de la siguiente manera: primaria incompleta, 20,5%; primaria completa, 25,9%; bachillerato incompleto, 31,3%; bachillerato completo, 14,3%; más técnicos, tecnólogos y profesionales, cada uno con tres participantes, equivalente al 2,7% en cada clasificación. (34)

En tanto son similares a los obtenidos Champi Q, S; Mancha, H.I. en Perú en el 2015 donde el 40.4% presentaron nivel de instrucción secundario. (35)

En la tabla los resultados indican que prevalecen los internos que proceden de zonas urbanas en 51 (72.9%) en tanto 19 son de zonas rurales. (27.1%)

Los resultados en correspondencia con la religión indican que prevalecen los de la religión católica en 56 internos (80%) y son resultados similares se comportan los evangélicos, ateos y cristianos (4.3%, 8.6% y 7.1% respectivamente.



Similar resultado obtuvo Abedrabbo FS., en una investigación realizada en Quito, sobre factores de riesgo para la depresión y ansiedad en internos privados de su libertad del centro de rehabilitación social Guaranda en el 2015, El tiempo de reclusión y ser católico se relacionó directamente con un mayor riesgo a desarrollar depresión y ansiedad. (36)

En la tabla se evidencia prevalece la familia nuclear, completa en 35 casos (50%) e incompleta en 26 (37.1) con valores similares, pero con menos niveles de representatividad se encuentran los de familia extensa, reconstruida y con padrastro (2.9%, 5.7%, 4.3% respectivamente).

Este resultado es similar al obtenido por Jaraba, A.AC; Torres, B.E, en el 2014 en una investigación en Cartagena de indias, sobre trabajo social en los procesos de reinserción social en la cárcel San Sebastián de Ternera en la cual se encontró que dentro de las tipologías de familias la nuclear es la que tiene un mayor porcentaje con un 34% mientras que la mixta es la de menor con un 8% y la unipersonal es nula mostrando con esto que la mayoría de los internos tienen esposa e hijos. (37)

Los diagnósticos de otras enfermedades indican la hipertensión arterial en 10 reclusos (14.3%), gastritis en 8 (11.4%) y la diabetes mellitus en 5 (7.1%) en tanto 44 (62.2%) evidencian otros diagnósticos.

Los resultados indican que prevalecen trastornos del ánimo de ansiedad en 70 de los casos, diagnosticados por niveles, en el nivel grave en 29 casos (41.4%), moderado en 23 (32.9%) y con menor frecuencia leve en 18 (25.7%).

Los resultados de trastornos de la depresión se presentaron en 15 internos con nivel leve, en 24 de los casos estudiados para un 34.28% de moderada y en 21 de grave para un 30.00%, en tanto las ideas suicidas prevalecen en 41 de los internos estudiados para un 58.57%.

Este resultado es superior al encontrado por en un estudio realizado en Quito en el 2012, sobre perfil psiquiátrico en la población carcelaria de género masculino del centro de rehabilitación social de varones, número 1 de Quito. (38)



La prevalencia para cualquier perturbación psicológica en los presos fue del 21,1%, para riesgo de patología psiquiátrica del 14,9%, y para patología psiquiátrica severa del 6,2% (cifras similares a las de otros países). (38)

Son similares los resultados de esta investigación a los obtenidos por Uribe-Rodríguez, AF; Martínez-Rodríguez, JM; López-Romero, KA en Colombia en el 2012. Las pruebas indicaron que los 112 internos adscritos al Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario conformaron un 60,3% con probables síntomas depresivos y 93,7% ansiosos, mayor en rasgo tanto para depresión (43,6%) como ansiedad (85,7%). (34)

En la tabla se evidencia que la mayoría de los internos tienen condenas entre 6-10 años en 4 de los casos (62.9%) seguido de lo que tienen entre 1-5 años con 24 (34.3%) y solo 2 (2.9%) tienen más de 10 años, por lo que la mayoría tiene sanciones con más de 5 años.

Resultados que difieren de los obtenidos Uribe-Rodríguez, AF; Martínez-Rodríguez, JM; López-Romero, KA en Colombia en el 2012, en la cual gran parte se situaba en el rango de mayor de 12 meses hasta 5 años, con un 71,4%, seguido del ítem de más de 5 años a menor de 10 años, correspondiente al 13,4% de la muestra. Incluso, se presentaron casos de más de 10 años y menos de 20 de condena, con un 5,4%, y un 1,8% de condenas superiores a 20 años. (34)

Difiere también al resultado obtenido por Champi Q, S; Mancha, H.I. en Perú 2015, donde de 1 a 3 años fue el tiempo de permanencia en el Establecimiento Penitenciario del 46,81%. (35)

Difiere también del obtenido por Uribe-Rodríguez, AF; Martínez-Rodríguez, JM; López-Romero, KA en Colombia en el 2012 respecto al tiempo de condena por cumplir, el rango de tiempo mayor fue de 12 meses hasta 5 años, con un 71,4%, seguido de más de 5 años a menor de 10 años, correspondiente al 13,4% de la muestra. Incluso, se presentaron casos de más de 10 años y



menos de 20 de condena, con un 5,4%, y un 1,8% de condenas superiores a 20 años. (34)

Los resultados obtenidos según las visitas recibidas por los internos indican la prevalencia de los que han recibido pocas o ninguna visita, entre 1-5 visitas 28 (40%) y no han recibido 22 (31.42%), el resto con valores similares, entre 6-10 visitas 11 (15.71%) y más de 10 9 (12.85%).

Este resultado es similar al obtenido por Bonilla, E, JE y Salgado, P, JJ quienes encontraron en su estudio en Quito, 2012, que la mayor prevalencia de riesgo para patología psiquiátrica se dio en quienes carecían de apoyo familiar y trabajo, y en quienes presentaron enfermedad orgánica asociada. (38)

En los motivos de sanción prevalecen el robo y la estafa con valores similares 23 (32.85%) y 21 (30%), el resto tiene comportamientos similares según la frecuencia obtenida.

Estos resultados se comportan de forma similar a los obtenidos por Uribe-Rodríguez, AF; Martínez-Rodríguez, JM; López-Romero, KA acerca de las diversas clases de delitos imputados a la población estudiada, como son los delitos contra el patrimonio económico (como hurto o estafa), en los que se encontró la mayor concentración (36,6%), delitos contra la seguridad pública, la vida y la integridad personal, contra la familia, e incluso dos o más tipos de clasificación como hurto y tráfico, fabricación y porte de estupefacientes. (34)

Difieren los resultados a los obtenidos por Jaraba, A.AC y Torres B, E. en Cartagena de Indias en el 2014. Entre los internos a los que se les aplicó el instrumento se muestra que el homicidio es el delito que predomina con un 40% mientras que el concierto para delinquir es el menos cometido con un 10%; cabe resaltar que estos son los delitos que tienen una mayor incidencia dentro de los más de 100 delitos existentes. (37)

Los factores de riesgo que se relacionan con la ansiedad, depresión e ideas suicidas se los clasifica en individual, familiar y social.



Dentro de los factores de riesgo individual se encuentran patologías endocrinas, soledad, estado civil, fracaso académico, influencia de las amistades; y de los factores de riesgo sociales tenemos falta de oportunidad de trabajo, falta de oportunidades de educación, discriminación, acceso a armas, uso y abuso del alcohol.

Al no presentarse un interés por ayudar a las personas que se siente rechazadas, excluidas y se aíslan para sí mismos sumado a que por mejorar este estado buscan una salida en el alcohol, todo esto juega un papel fundamental para que se desencadenen delitos, crímenes y a consecuencia de ello la persona se aíslan aún más al estar encerrado en reclusorio o en la cárcel.

Según estudios las relaciones entre el consumo de alcohol (y sus consecuencias) y el desarrollo de la criminología como disciplina científica han sido muy diversas y, en algunos casos, sumamente estrechas. De hecho, existe una evidencia, cada vez más sólida, de una conexión entre el consumo abusivo de alcohol, incluida la intoxicación etílica, y conductas de violencia y agresividad. Esta relación ha llevado, en algunos momentos históricos, a la restricción (incluso prohibición) legal de su consumo. (39)

En el marco del consumo de alcohol, la comisión de delitos a causa de los efectos producidos por el consumo del mismo se enmarca en el ámbito de la denominada delincuencia inducida. En este tipo de delitos suele ser habitual el uso de la violencia, pues el alcohol puede ocasionar alteraciones cognitivas, del estado del ánimo, de la percepción de la realidad, etc., y no solo durante el momento de la intoxicación, sino también durante la de privación o abstinencia, momentos, todos ellos, donde existe una inhibición de los frenos éticos, que dejan al dependiente a merced de sus impulsos. Así, y bajo los efectos del alcohol, se cometen delitos contra la seguridad vial (imprudentes o no), contra las personas (homicidio y sus formas, lesiones), contra la libertad e identidad sexual (agresiones y abusos sexuales), atentados contra la autoridad y sus agentes, desórdenes públicos, etc. A título de ejemplo, conducir bajo los



efectos del alcohol es responsable del 30-50% de los siniestros con víctimas mortales y del 15 al 35% de los que causan lesiones graves. (39)

De los factores familiares se encuentran la violencia, problemas económicos, desigualdad de roles en el hogar, ausencia de padres y falta de comunicación, el cual evidencia a la violencia como principal factor con un 70%.

Esto puede deberse a que los reclusos vivieron situaciones de violencia durante las diferentes etapas de su vida, esto suele ser un indicador para que sobresalgan en la edad adulta, el cual lleva a las personas violentas a cometer homicidios o delitos, pues la violencia es una conducta que se aprende en el hogar, en la mayoría de los casos.

El psicólogo César Romero expuso que, "desde un punto de vista biológico", un ser humano puede nacer con rasgos que lo hagan propenso a realizar actos violentos. Por ejemplo, un individuo con bajos niveles de serotonina, un químico que ayuda a las neuronas a comunicarse en el cerebro, tiende a ser más agresivo. Según Romero, muchas personas que cometen crímenes violentos sufrieron "alguna especie de abuso físico de parte de los papás o en la escuela", o desde niños aprendieron a obtener lo que querían recurriendo a la violencia. (40)

Los resultados indican que los casos con diagnóstico de estados de ánimo prevalecen en la edad 21-35 años, de ellos 23 (32.85%) con nivel moderado, y 3 (4.28%) nivel grave. Seguido de 19 casos (27.14%) en edades de 36-50 años los cuales están diagnosticados en el nivel grave. En edades entre 18-20 años 9 (12.85%) tienen diagnóstico de leves y de 51-65 y de más de 66 los resultados son bajos (7.14% y 2.85% respectivamente). Diferencias significativas según estadígrafo utilizado, $X^2=2.600$, $p=.273$, $CI=.95$.

Los resultados evidencian que prevalecen estados de ánimo asociado a factores como la edad con la frecuencia más elevada en el período de 24-35 años. Predominan en ellos los estados civiles solteros y divorciados y las familias nucleares, así como períodos largos de reclusión con pocas o ningunas visitas recibidas.



Los resultados en relación con condiciones potenciadoras de bienestar emocional como la relación afectiva positiva generada en el contexto familiar están deterioradas teniendo en cuenta pobres relaciones de pareja, familias que no brindan el apoyo emocional necesario al recluso que se siente marginado, aislado experimentando los efectos que produce la soledad, que son condiciones generadoras de estados de depresión que pueden estar en la base de las ideas suicidas.

Se evidencia como potenciadoras de estados de ánimo como la ansiedad, la depresión y las ideas suicidas el nivel de instrucción, los niveles más bajos no favorecen el enriquecimiento espiritual de los internos donde los motivos de sanción dominantes son el robo y la estafa que pueden estar asociados a actitudes como la violencia y el alcoholismo que están en la base de los niveles de ansiedad y de depresión pudiendo estar asociados a las ideas suicidas.

Los resultados de la tabla evidencian que los factores individuales que prevalecen son soledad 72.9%, con mayor riesgo para la ansiedad ($OR=.573$, $CI_{95\%} [.192-1.705]$) y el estado civil en los casos de reclusos que se encuentran sin pareja ($OR=.150$, $CI_{95\%} [.050-.452]$), resultados estadísticamente significativos. Similar lo resultados por Bonilla, E, JE y Salgado, P, JJ (38).

Los resultados en relación con condiciones potenciadoras de bienestar emocional como la relación afectiva positiva generada en el contexto familiar están deterioradas teniendo en cuenta pobres relaciones de pareja, familias que no brindan el apoyo emocional necesario al interno que se siente marginado, aislado experimentando los efectos que produce la soledad, que son condiciones generadoras de estados de depresión que pueden estar en la base de las ideas suicidas.

Los factores familiares que prevalecen son violencia 70.0% ($OR=.717$, $CI_{95\%} [.246-2.090]$) la falta de comunicación 65.7%, $OR=1.295$ $CI_{95\%} [.445-3.773]$ y la ausencia de los padres ($OR=1.693$, $CI_{95\%} [.587-4.886]$) con mayor riesgo de depresión en ambos.



Los factores sociales que prevalecen son uso y abuso de alcohol 81.1%, (OR=4.950, CI95%1.006-24.367], falta de oportunidad de trabajo 68.6%, (OR=2.453, CI95%.679-4.824] y la discriminación 68.5% (OR=12.857, CI95%2.698-61.271] con mayor riesgo de ideas suicidas, resultados similares al de investigaciones realizada sobre el tema. (39)

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFIA

7.1 CONCLUSIONES

Al término de la investigación, luego de obtenido y analizados los datos la investigación concluye que:

- La sociedad influye en el mantenimiento de este problema, el fácil acceso al alcohol y a las armas, la discriminación, la falta de comunicación, de oportunidades ayudan a que se incrementan los índices de delitos a diario, impidiendo que la solución que se pueda tener se realice de una manera adecuada.
- Los internos estudiados tienen condenas por períodos largos lo cual acentúa aún el alejamiento familiar y el aislamiento social por la privación de libertad haciendo más evidente una relación afectiva con tendencia al deterioro.
- En los internos del Centro de Privación de la Libertad, Azogues prevalecen los internos de 21-35 años, solteros y sin parejas estables, de áreas urbanas, familias nucleares y de religión católica.
- Se pudo obtener que prevalecen los estados de ánimo: ansiedad, depresión e ideas suicidas en 29 (41.4%) internos que presentan ansiedad grave, 24 (34.28%) con depresión moderada y 41(58.57%) con ideas suicidas.
- Los factores de riesgo que prevalecen e influyen en la depresión, ansiedad e ideas suicidas en reclusos son la soledad con un 51%, influencia de amistades 40%, violencia con un 70%, falta de comunicación 65.7%, uso y abuso del alcohol con un 81.4% y falta de oportunidades de trabajo 68.5%.
- Los internos presentan diagnósticos de otras enfermedades como la hipertensión arterial, diabetes mellitus y gastritis, que se pueden desencadenar por los factores mencionados, la misma que puede deteriorar más su salud al presentar trastornos del ánimo.

7.2 RECOMENDACIONES

- Al finalizar esta investigación, los resultados serán entregados a las autoridades del Centro de Privación de Libertad de Azogues, para que se pueda diseñar una estrategia de intervención que contribuya a elevar la calidad de vida de los internos y una adecuada reinserción social.
- Realizar un estudio tomando como muestra una población mayor para tener una amplia visión de la problemática de salud en los internos.
- Enfatizar en los resultados obtenidos, para que el cuadro que presentan pueda disminuir, de esta manera la salud de cada uno de los internos será mejor y por ende su comportamiento dentro de la cárcel cambiara.
- Animar a los especialistas que trabajan en la atención integral de los internos a que se mantenga la realización de actividades manuales, psicológicas y educativas para que puedan mantenerse ocupados, desarrollen destrezas que puedan ayudar a su reincorporación en la sociedad y disminuir los trastornos del ánimo.
- Es importante desarrollar en los internos la comunicación, el poder hablar libremente y expresar sus sentimientos, ideas, pensamientos, de esta manera se ayudan a no acumular o reprimir los mismos, pero es indispensable indicar a los familiares la importancia de escuchar lo que ellos expresen, pues permitirá que su estado de ánimo mejore, se sientan cómodos y en confianza.



7.3 BIBLIOGRAFIA

7.3.1 BIBLIOGRAFIA CITADA

1. Herrero S, León J. Proceso de socialización y síntomas del estado de ánimo en delinquentes juveniles privados. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. 2006;(Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/59929>).
2. Collazos MV. Trastornos mentales y problemas de la salud mental. DUa Mundial de la Salud Mental 2007. Redalyc. 2007 marzo; 30(2) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230211>).
3. Zúñiga A, Sandoval M, Urbina C, Juárez N, Villaseñor S. Los trastornos del estado de ánimo. [Online].; 2005 [cited 2017 Agosto 11. Disponible en: http://www.robertexto.com/archivo15/trast_est_animo.htm.
4. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública de México. 2005 febrero; 47(1) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609302>).
5. Organización Mundial de la Salud. Trastornos Mentales. [Online].; 2017 [cited 2017 Julio 29. Available from: Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>.
6. Organización Mundial de la Salud. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400 %. [Online].; 2016 [cited 2017 Agosto 12. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>.
7. Lucero VH. Prevalencia del síndrome depresivo y sus manifestaciones clínicas en las personas privadas de la libertad del centro de rehabilitación social de la ciudad de Loja en el período de enero a julio del 2009. Tesis de grado. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2009. Report No.: Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4829/1/Lucero%20Torres%20Victor%20Hugo.pdf>.
8. Villalobos F. Validez y fiabilidad del inventario de ideación suicida positiva y negativa-PANSI, en estudiantes colombianos. Universitas Psychologica. 2010 Mayo; 9(2) Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/243/470>).
9. Organización Mundial de la Salud. El Comercio. [Online].; 2016 [cited 2017 Agosto 17. Disponible en: <http://www.elcomercio.com/tendencias/oms-cifras-personas-ansiedad-depresion.html>.
- 10 Romero ME, Fernández N, Huerta G, Barradas ME. Depresión y ansiedad en estudiantes de pedagogía Veracruz, Universidad Veracruzana. RIDE Revista



- Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo. 2015 Julio-Diciembre; 6(11) Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4981/498150319055.pdf>.
- 11 Organización Mundial de la salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. [Online].; 2013 [cited 2017 Agosto 11. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/.
- 12 Jiménez M, Linero L. Riesgo suicida, desesperanza y factores asociados en personal privado de la libertad de un Centro de Reclusión Militar en Colombia. Revista Facultad de Salud. 2015 Enero; 7(1) Disponible en: <http://journalusco.edu.co/index.php/RFS>.
- 13 Ruiz JI, Gómez I, Landazabal ML, Morales S, Sánchez V. Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centro penales de Bogotá. Revista Colombiana de Psicología. 2002; 11(99-114) Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1201>.
- 14 Pontón J. Cárceles de Ecuador: los efectos de la criminalización por drogas. Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad. 2007 2014; 1(1) Disponible en: <http://revistas.flacsoandes.edu.ec/urvio/article/view/55-73>.
- 15 Guevara AJ, Sandoval JF. Las distorsiones cognitivas y su relación con el riesgo suicida en los internos del centro de privación de libertad de personas adultas Ambato. Tesis de grado. Ambato: Universidad de Ambato; 2015. Report No.: Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/12077/1/Guevara%20S%C3%A1nchez%20Adri%C3%A1n%20%20Jes%C3%BAs.pdf>.
- 16 Hernández MM, Horga JF, Navarro F, Mira A. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. [Online]. [cited 2017 Agosto 12. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap033ansiedad.pdf>.
- 17 Organización Mundial de la Salud. Salud mental. [Online].; 2017 [cited 2017 Agosto 12. Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/.
- 18 Organización Mundial de la Salud. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. [Online].; 2017 [cited 2017 Agosto 22. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>.
- 19 Black DW, Grant JE. El complemento esencial del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 5th ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2017.
- 20 Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Online].; 2017 [cited 2017 Agosto 12. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
- 21 Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Online].; 2017 [cited 2017 Agosto



19. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
- 22 American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5th ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2017.
- 23 Gloria Sanchez. Capitulo Criminalista. Volumen 27. N°1 [cited 2017 Septiembre 11. Disponible en: produccioncientificaluz.org/index.php/capitulo/article/download/4622/4617
- 24 Colombiana de Salud. Guía manejo para trastorno de ansiedad. Bogotá; 2014. Report No.: Disponible en: http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_ATENCION_PSICOLOGIA/GUIA%20TRASTORNO%20ANSIEDAD%202014.pdf.
- 25 Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Suicidio. [Online].; 2013 [cited 2017 Agosto 12. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/48/215-suicidio>.
- 26 Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2017 Agosto 8. Disponible en: <http://www.who.int/topics/suicide/es/>.
- 27 Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Sinopsis de psiquiatría: ciencias del comportamiento/Psiquiatría clínica. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
- 28 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Manual sobre Reclusos con necesidades especiales. Nueva York; 2011. Report No.: Disponible en: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/MANUAL_RECLUSOS_CON_NECESIDADES_ESPECIALES_1.pdf.
- 29 Hoyos E, Lemos M, Torres Y. Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. International Journal of Psychological Research. 2012; 5(1) Disponible en: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjR_5Gj2KDWAhXB7iYKHceFCSAQFghBMAQ&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3974547.pdf&usg=AFQjCNFOS29oiAuDCP9EOgPyc50B9IMT.
- 30 Puente D. Factores de Riesgo para Depresión. [Online].; 2012 [cited 2017 Septiembre 10. Disponible en: <http://psiquiatriaintegral.com.mx/principal/?p=616>.
- 31 Casares M, González A, Bobes M, Secades R, Cordero A, Bobes J. Necesidad de evaluación de la patología dual en el contexto penitenciario. Adicciones. 2011 Febrero; 23(1) Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/165>.
- 32 Rubiano MA, Delgadillo SC. Evaluación de la efectividad de un programa de intervención breve para la disminución de la ansiedad en personas que ingresan por primera vez a un centro penitenciario. Psychologia. Avances de la



disciplina. 2008 Febrero; 2(1) Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224999004>).

- 33 Larrotta C. R, LB, M, VC, S&RN. Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. Rev.Crim. 2014 Enero-Abril; 56(1).
- 34 Uribe-Rodríguez A, Martínez-Rodríguez J, López-Romero K. Depresión y ansiedad estado/rasgo en internos adscritos al Programa de Inducción al Tratamiento Penitenciario en Bucaramanga Colombia. Rev.Crim. 2012 julio-diciembre; 54(2).
- 35 Champi Q S, Mancha HI. Satisfacción con la vida y estilos de afrontamiento en internos del establecimiento penitenciario de Huancavelica. Tesis de Grado. Universidad de Huancavelica, Facultad de Enfermería; 2015.
- 36 Abedrabbo FS. Factores de riesgo para la depresión y ansiedad en internos privados de su libertad del centro de rehabilitación social Guaranda. Tesis de grado. Quito: Universidad San Francisco de Quito; 2015. Report No.: Disponible en:
<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4607/1/113841.pdf>.
- 37 Jaraba AA, Torres BE. Trabajo social en los procesos de reinserción social en la cárcel San Sebastián de Ternera. Tesis de Grado. Cartagena de Indias: Universidad de Cartagena, Facultad de Ciencias Sociales y Educación; 2014.
- 38 Bonilla EJySPJ. Perfil psiquiátrico en la población carcelaria de género masculino del Centro de Rehabilitación Social de varones Número 1 de Quito Ecuador en Octubre del 2011. Tesis de Grado. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina; 2012. Report No.: https://www.researchgate.net/.Quito_Ecuador/Psichiatric-Profile.of-the-population.
- 39 Dr. Francisco López Muñoz. Revista "Actualidad criminológica UCJC", Universidad Camilo José Cela, 2015. Disponible en:
<http://blogs.ucjc.edu/criminologia-iter-criminis/alcohol-y-criminologia-un-abordaje-historico/>
- 40 Mauricio Torres, Revista de la Expansión en alianza con CNN. México, 2010. Disponible en: http://expansion.mx/nacional/2010/12/04/los-otros-ponchis-que-lleva-a-un-menor-a-cometer-crimenes-violentos?internal_source=PLAYLIST
- 41 Carlos Alonso Iza Guerrero. Los Privados de Libertad y la Falta de Políticas de Rehabilitación y Reinserción Social Integra. [Quito]: Universidad Central del Ecuador; 2014.



ANEXOS

ANEXO N°. 1 FORMULARIO SOCIODEMOGRÁFICO

FORMULARIO SOCIODEMOGRÁFICO	
Fecha: _____	Formulario N° _____
Cedula de Identidad: _____	

EDAD: _____ años.	NIVEL DE INSTRUCCION
ESTADO CIVIL <ul style="list-style-type: none">• Soltero• Casado <input type="checkbox"/>• Divorciado <input type="checkbox"/>• Unión libre <input type="checkbox"/>• Viudo <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">• Analfabeta <input type="checkbox"/>• Básica incompleta <input type="checkbox"/>• Básica completa <input type="checkbox"/>• Bachillerato incompleto <input type="checkbox"/>• Bachillerato completa <input type="checkbox"/>• Superior incompleta <input type="checkbox"/>• Superior completa. <input type="checkbox"/>
RESIDENCIA <ul style="list-style-type: none">• Urbana <input type="checkbox"/>• Rural <input type="checkbox"/>	RELIGION <ul style="list-style-type: none">• Católicos <input type="checkbox"/>• Evangélicos <input type="checkbox"/>• Testigos de Jehová <input type="checkbox"/>• Ateos <input type="checkbox"/>• Cristianos <input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES <ul style="list-style-type: none">• Diabetes <input type="checkbox"/>• Hipertensión <input type="checkbox"/>• Gastritis <input type="checkbox"/>• Artritis <input type="checkbox"/>• Otros _____	TIEMPO DE SENTENCIA <ul style="list-style-type: none">• _____
ESTRUCTURA FAMILIAR <ul style="list-style-type: none">• Familia completa <input type="checkbox"/>• Familia incompleta <input type="checkbox"/>• Familia extensa <input type="checkbox"/>	FRECUENCIA QUE RECIBE VISITAS <ul style="list-style-type: none">• _____ DIAS



UNIVERSIDAD DE CUENCA

<ul style="list-style-type: none">• Familia reconstruida <input type="checkbox"/>• Con padrastro <input type="checkbox"/>• Con madrastra <input type="checkbox"/>	TIEMPO DE RECLUSIÓN <ul style="list-style-type: none">• _____
MOTIVO DE SENTENCIA _____	



ANEXO N°. 2 TEST DE DEPRESION DE HAMILTON

ITEMS	CRITERIOS OPERATIVOS DE VALORACION
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismos, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama



7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad	
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1.. Ligero retraso en el dialogo 2. Evidente retraso en el dialogo 3. Dialogo difícil 4. Torpeza absoluta	
9. Agitación	0. Ninguna 1. “Juega” con sus manos, cabello, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira del cabello, etc.	
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle.	
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante	Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: - Gastrointestinales: boca seca, diarrea, Flatulencia, eructos, retortijones. - Cardiovasculares: palpitaciones, Cefalalgias. - Respiratorios: hiperventilación, Suspiros. - Frecuencia urinaria - Sudoración.



ANEXO N°. 3 TEST DE ANSIEDAD

Síntomas de la ansiedad	0	1	2	3	4
1. Estado ansioso. Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tensión. Sensaciones de tensión, fatiga, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Insomnio. Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Funciones intelectuales (cognitivas). Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Humor depresivo. Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Síntomas somáticos musculares. Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Síntomas somáticos sensoriales. Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de “baja presión” o desmayo, arritmias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, estreñimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



ANEXO N°. 4 CUESTIONARIO DE SINTOMAS PARA ADOLESCENTE, JOVENES Y ADULTOS (SRQ).

N°	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Tiene fuertes dolores de cabeza?		
2	¿Tiene mal apetito?		
3	¿Duerme mal?		
4	¿Se asusta con facilidad?		
5	¿Sufre de temblor de manos?		
6	¿Se siente nervios, tenso o aburrido?		
7	¿Sufre de mala digestión?		
8	¿No puede pensar con claridad?		
9	¿Se siente triste?		
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11	¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted en hacer su trabajo?)		
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15	¿Ha perdido interés en sus cosas?		
16	¿Siente usted que es una persona inútil?		
17	¿Ha tenido la idea de acabar con vida?		
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		
20	¿Se cansa con facilidad?		
21	¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
22	¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
23	¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?		
24	¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas: con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		
26	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		
27	¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		
28	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho		
30	¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		



ANEXO N°. 5 TEST DE HAMILTON

Test de Depresión de Hamilton

El test de Hamilton es una escala que fue diseñada para que el especialista o la persona que tenga uso de la misma le permita evaluar el nivel de depresión del paciente, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y se acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Para poder clasificar, tenemos el siguiente cuadro:

0-7	No deprimido
8-13	Depresión ligera/menor
14-18	Depresión moderada
19-22	Depresión severa
>23	Depresión muy severa



ANEXO N°. 6 TEST DE ANSIEDAD DE HAMILTON

El test de ansiedad Hamilton es un instrumento útil a la hora de hacer una estimación del nivel de ansiedad, así como de cuantificarla, además de proporcionarnos un resultado numérico que puede utilizarse como control de la evolución de la misma en el tiempo, este consta de 14 ítems, a los que se ha de responder indicando con que intensidad se presenta o no.

Para clasificarnos, los puntajes son los siguientes:

- ✓ De 0 a 5 puntos: No hay ansiedad
- ✓ De 6 a 14 puntos: Ansiedad menor
- ✓ De 15 o más puntos: Ansiedad mayor.



ANEXO N°. 7 CUESTIONARIO DE SINTOMAS PARA ADOLESCENTE, JOVENES Y ADULTOS (SRQ).

Este cuestionario fue elaborado con el fin de resolver las dificultades que se presentaban al momento de diagnosticar patologías mentales, además de la necesidad de acortar la entrevista en los consultorios.

El cuestionario de auto evaluación (SRQ) es una medida de la angustia psicológica general desarrollada por la Organización Mundial de la Salud con la intención de ser usada en adultos y adolescentes.

Este instrumento mide cinco áreas específicas: depresión, ansiedad, alcoholismo, psicosis y epilepsia. Se aplica desde los 16 años y consta de 30 preguntas de fácil indagación, pues presenta opciones de respuesta de SI y NO.

Puntuación e interpretación

Cada respuesta positiva equivaldrá a un (1) punto, así, si el usuario tiene de cinco (5) a siete (7) puntos, de las preguntas 1 a la 20, se considera que el usuario puede estar presentando angustia psicológica significativa. La respuesta positiva a las preguntas 26 a la 30 indica la presencia de consumo problemático de alcohol. Sólo una respuesta positiva de las preguntas 21 a la 25(síntomas psicóticos), indica la presencia de síntomas serios o necesidad de remisión inmediata.



ANEXO N.º 8 FORMULARIO DE IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO.

FORMULARIO DE FACTORES DE RIESGO

Fecha: _____

Formulario N° _____

Cedula de Identidad: _____

Marque con una X en el recuadro del factor que usted se siente identificado.

FACTORES FAMILIARES

- Conflictos familiares: Violencia
- Problemas económicos
- Desigualdad de roles en el hogar
- Ausencia de padres
- Falta de comunicación

☐
☐
☐
☐
☐

FACTORES PERSONALES

- Patologías endocrinas
(indicar que tipo de enfermedad)
- Soledad
- Estado civil
- Fracaso académico
- Influencia de las amistades

☐
☐
☐
☐
☐



FACTORES SOCIALES

- Falta de oportunidad de trabajo
- Falta de oportunidad de educación
- Discriminación
- Acceso a armas
- Uso y abuso del alcohol.



ANEXO N°. 9 CONSETIMIENTO INFORMADO PARA LOS INTERNOS



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, ESCUELA DE ENFERMERIA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS INTERNOS

Factores de riesgo que influyen en la depresión, ansiedad e ideas suicidas en internos del Centro de Privación de la Libertad, Azogues 2016.

El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Frecuentemente las personas experimentan un amplio cambio de estados de ánimo y de expresiones afectivas. Los mismos que tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto, es por ello por lo que se realizará esta investigación, tomando en cuenta todos estos aspectos.

Nuestro objetivo principal es determinar los factores de riesgo que influyen en la depresión, ansiedad e ideas suicidas en reclusos del Centro de privación de libertad de la Ciudad de Azogues.

Esta investigación será realizada por Viviana Morocho y Henry Jara, estudiantes de la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. La misma no representa ningún riesgo para su persona, tendrá una duración máxima de 1 hora. Es necesario, informarle que la participación en el estudio no es obligatoria, por lo que es necesario de su voluntaria cooperación, sabiendo su persona que puede retirarse cuando Ud. así lo decidiera, así como debe saber que al participar en este estudio no deberá cancelar ningún monto económico, así como, tampoco recibirá un pago por participar en la misma.

Los datos obtenidos mediante esta encuesta se mantendrán en reserva y para uso exclusivo de esta tesis. Esta información es totalmente confidencial y estrictamente se garantizará: El anonimato de su testimonio. Su nombre no será usado.

MOROCHO JEREZ MONICA VIVIANA.

JARA CHUCHUCA HENRY DAVID



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Yo, _____, con documento de identidad C.C. _____. Autorizo y certifico que he sido informado con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que se me han invitado a participar; que actuó consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y emocional.

Interno

C.C

Estudiante

C.C



ANEXO N°.10 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
1. Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad de una persona.	Tiempo transcurrido	Edad en años	18-20 21-35 36-50 51-65 +66
2. Estado civil	Es una situación jurídica de una persona en la familia o sociedad, que lo habilita a ejercer derechos y contraer obligaciones.	Legal, social	Relaciones interpersonales	Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo
3. Nivel de Instrucción	Es al proceso mediante el cual una persona o un grupo de personas atraviesan un período de adquisición de conocimientos en un campo determinado.	Conocimiento educativo	Nivel de formación	Analfabeta Básica incompleta Básica completa Bachillerat o incompleto Bachillerat o completo Superior completo Superior incompleto .
4. Residencia	Lugar establecido donde habita o habitan varias personas.	Geográfica	Urbana Rural	SI – NO
5. Religión	La religión es la creencia a	Creencias religiosas	Religión	Católicos Evangéli-



	través de la cual las personas buscan una conexión con lo divino y lo sobrenatural, así como cierto grado de satisfacción espiritual mediante la fe para superar el sufrimiento y alcanzar la felicidad.			cos Testigos de Jehová Ateos Cristianos
6. Enfermedades	Proceso en el cual el organismo es afectado en su bienestar.	Procesos patológicos	Tipo de enfermedad	Diabetes Hipertensión Gastritis Artritis Otros
7. Estructura familiar	Conjunto en interacción, organizado de manera estable y estrecha en función de necesidades básicas.	Social, familiar y organizacional.	Tipo de familia	Familia nuclear Completa (Padre, madre e hijos) Incompleta Familia extensa (Abuelos, tíos) Familia reconstruida (con padrastro, con madrastra)
8. Trastornos del estado de ánimo	Es un grupo heterogéneo y prevalente de enfermedades médicas	Trastorno del ánimo	<ul style="list-style-type: none"> Depresión: Test de Hamilton Ansiedad: Test de 	Leve Moderado Grave SI



UNIVERSIDAD DE CUENCA

	multisistémicas , que se manifiestan con grados variables de depresión, euforia o irritabilidad y se asocian a un significativo deterioro físico y social.		Hamilton • Ideas Suicidas: Cuestionario SRQ	NO
9. Paciente recluso	Persona que está privada de su libertad, que es obligada a permanecer en un lugar de encierro y debe cumplir una sentencia.	Social	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de sentencia • Tiempo de reclusión • Motivo de sentencia • Frecuencia que recibe visitas. 	Meses Años Días Meses Años Especificar 1-5 6-10 +10
10. Factores de riesgo	Es cualquier rasgo característico o exposición de un individuo y aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Individual Social Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Factores Individuales <ul style="list-style-type: none"> -patologías endocrinas -soledad -estado civil -fracasos académicos -influencia de amistades • Factores Sociales <ul style="list-style-type: none"> -falta de oportunidades de trabajo -falta de oportunidades de educación -discriminación -acceso a armas -uso y abuso del alcohol 	SI – NO Crónicas Agudas SI – NO



UNIVERSIDAD DE CUENCA

			<ul style="list-style-type: none">Factores familiares-conflictos familiares-problemas económicos-desigualdad de roles en el hogar-ausencia de padres-falta de comunicación	SI – NO
--	--	--	---	---------